

TRAQUEOBRONCOMEGALIA COMUNICACION DE UN CASO

M.^a L. CUBELLS PARRILLA, P. ESTELLES LERGA y F. RUIZ PERALES

Servicio de Radiodiagnóstico. Residencia General.
Ciudad Sanitaria La Fe. Valencia.

Se presenta un caso de traqueobroncomegalia con traqueomalacia y diverticulosis traqueal, y se revisan los signos radiográficos en el estudio simple, y broncografía para su diagnóstico.

Tracheobronchomegaly. Case report

We present a case of tracheobronchomegaly with tracheomalacia and tracheal diverticulosis and review the radiographical and bronchographic signs for establishing its diagnosis.

Introducción

La traqueobroncomegalia es una entidad clínica descrita por Mounier Kuhn por primera vez en 1932¹. Conceptualmente se trata de una dilatación excesiva de la tráquea y bronquios principales con presencia en ocasiones de saculaciones o divertículos, que se extienden a los bronquios distales.

Clínicamente se comporta como una neumopatía crónica de tipo obstructivo, con neumonías y/o neumonitis de repetición por retención de moco.

El diagnóstico es radiológico, bien por visualizar en la radiografía simple de tórax la mayor amplitud del diámetro traqueal o bien por medio de broncografía, que nos confirma esta entidad clínica²⁻⁵.

Observación clínica

Enfermo varón de 32 años de edad, con antecedentes de múltiples infecciones bronquiales y cuadros numerosos de neumonías recurrentes, desde los 2 años de edad. En los últimos meses tiene ocasionalmente esputos hemoptoicos. Hace un mes, cuadro típico de neumonía localizada en segmento paracardiaco del lóbulo inferior derecho.

Ante los progresivos y repetidos cuadros neumónicos, se descarta infección tuberculosa y se decide la realización de broncografía.

En la radiografía simple de tórax (fig. 1), hay un aumento del diámetro traqueal, tanto anteroposterior como transversal.

En la broncografía se confirma la dilatación de la tráquea y bronquios principales. El diámetro transversal traqueal medido a nivel de la articulación esternoclavicular es de 42 mm y el diámetro posteroanterior a nivel de la 4.^a vértebra dorsal es de 40 mm (fig. 2). En los bronquios principales es de: bronquio principal izquierdo 25 mm y bronquio principal derecho 30 mm. En radiografías realizadas durante la tos se visualiza el colapso de la tráquea, junto a la mayor dilatación de los bronquios segmentarios, confirmando la asociación de traqueobroncomegalia a traqueomalacia (fig. 3). En las paredes traqueales y bron-

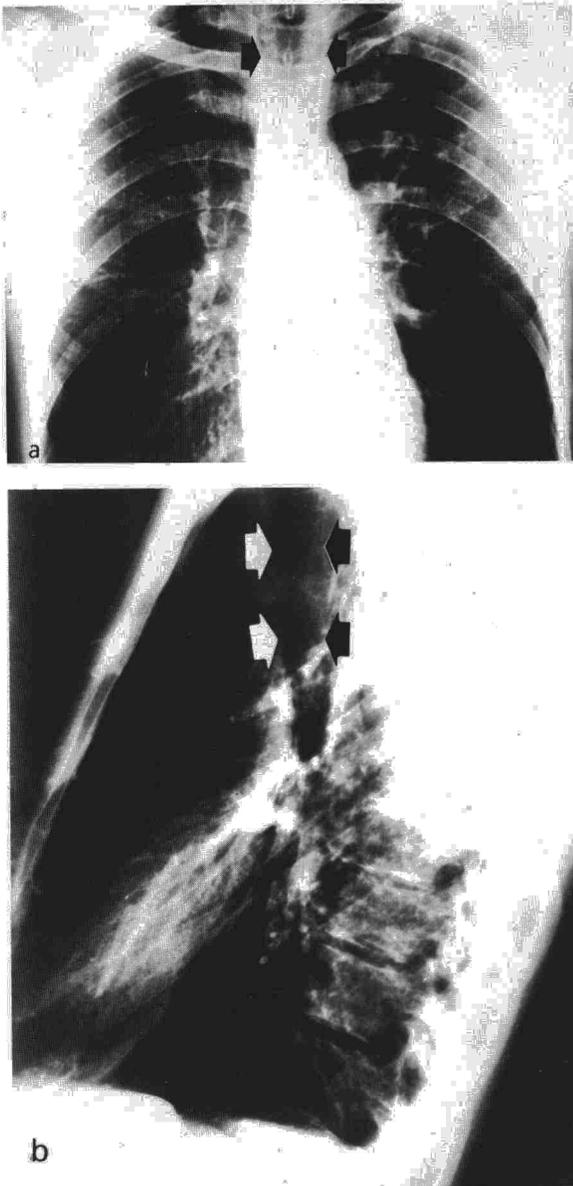


Fig. 1. Radiografía de tórax: a) posteroanterior: aumento del diámetro traqueal señalado por flechas; b) lateral: aumento del diámetro traqueal señalado por flechas.

quales se observan múltiples saculaciones correspondientes a divertículos.

Estamos pues, ante un caso de traqueobroncomegalia asociada a traqueomalacia y diverticulosis.

Discusión

La traqueobroncomegalia es una entidad fácil de reconocer radiológicamente, aunque no hay muchos casos publicados sobre este tema^{1,4,6}.

Afecta preferentemente a varones y se diagnostica entre la tercera y cuarta década de la vida.

El cuadro clínico es de bronconeumopatía crónica con tos frecuente y expectoración dificultosa,

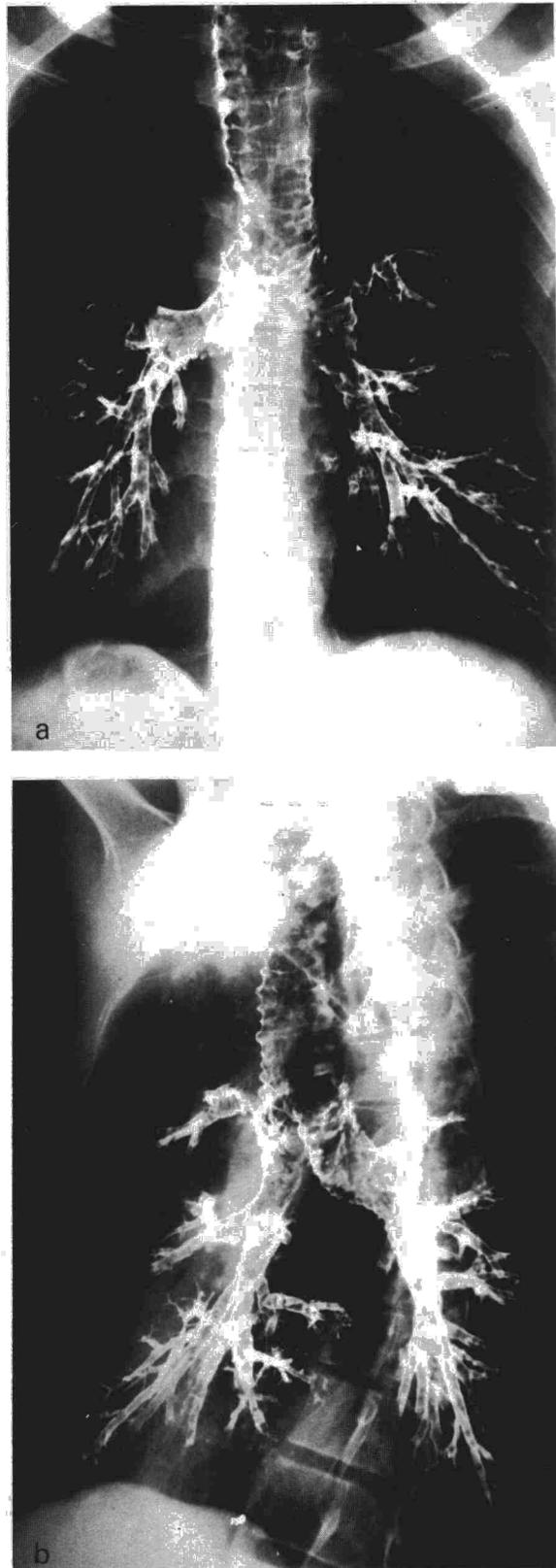


Fig. 2. Broncografía: traqueobroncomegalia. La broncografía confirma el aumento de los diámetros de tráquea y bronquios principales, en proyecciones antero-posterior (a) y (b).

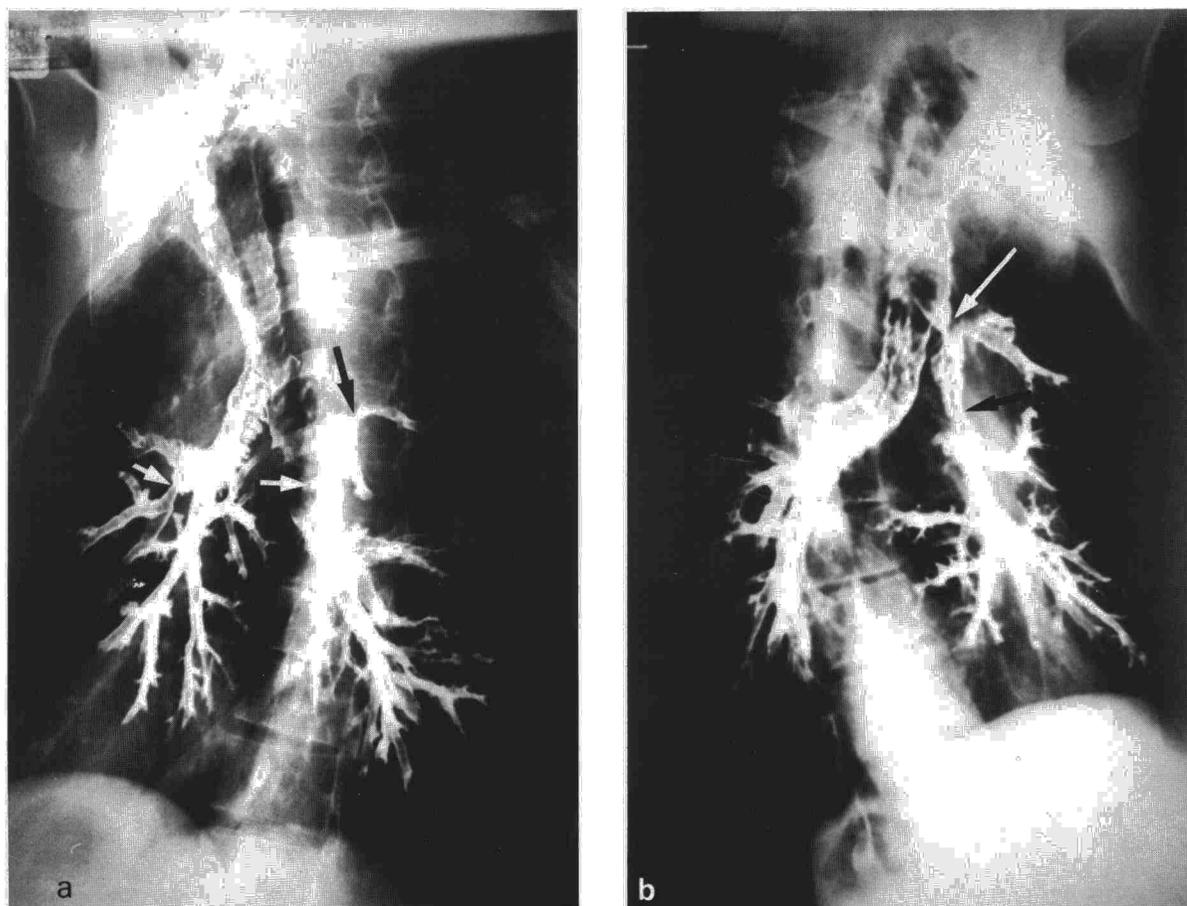


Fig. 3. Broncografía: Proyecciones oblicuas (a y b) obtenidas durante la tos. Las flechas muestran las zonas de colapso segmentarios.

debido a la ineficacia traqueobronquial que produce retención de moco, predisponiendo a las infecciones bronquiales repetidas². Se han descrito atelectasias alternantes por impactación de moco⁵.

Aunque la enfermedad no tiene signos específicos se asocia con patología pulmonar diversa, con bronquiectasias, bullas enfisematosas, tuberculosis... que conducen a un cuadro final de enfermedad pulmonar crónica obstructiva⁵. En relación con esto, están las alteraciones que aparecen en las pruebas funcionales respiratorias, con un aumento del espacio muerto, anatómico, aumento del volumen corriente y ocasionalmente obstrucción de la vía aérea con reducción de la difusión^{2,4,5}.

La etiopatogenia está en relación con una malformación congénita de tipo hereditario recesivo, que consiste en una atrofia del tejido conectivo del árbol bronquial, con una alteración de la porción membranosa traqueal^{2,4,6,7}. Esta teoría de origen congénito está apoyada por estudios histológicos que revelan una hipoplasia del tejido muscular y elástico, con agrandamiento tanto de la parte cartilaginosa como membranosa, ya que si fuera de origen secundario, únicamente se afectaría la parte

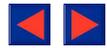
membranosa que contiene sólo fibras elásticas³. La asociación de traqueobroncomegalia con otras enfermedades congénitas, como el síndrome de Ehlers-Danlos, bronquiectasias congénitas, cutis laxa o presencia de otras visceromegalias apoyarían esta teoría congénita^{2,6,7}.

Existe otra teoría que aboga por factores adquiridos, que sería la infección bronquial repetida la que produciría una dilatación traqueal y bronquial^{3,5}.

Rodríguez Cuartero⁴ señala que algunos autores intentan armonizar las teorías congénita y adquirida, proponiendo que para que aparezca este síndrome raro es necesario la presencia de factores exógenos, pero sobre un fondo congénito.

No se debe dejar de consignar la infección sifilítica como factor adquirido, que ha sido señalada reiteradamente^{1,2,4,6}.

Según un trabajo de Villamor et al⁸, en el que se estudia los diámetros traqueales en personas normales y en caso de traqueomegalia, se establecen una serie de parámetros desde el punto de vista radiológico para la medición de los diámetros traqueales, que es el utilizado en el presente trabajo.



El diámetro transversal traqueal se mide a nivel de la articulación esternoclavicular y tiene un valor medio de 17,6 mm. El diámetro anteroposterior de la tráquea se mide a nivel de la 4.^a vértebra dorsal y es de 20 mm, siendo siempre menor que el diámetro transversal del cuerpo de dicha vértebra, el diámetro del bronquio principal derecho es de 13,6 y del bronquio principal izquierdo es de 11,5 mm. En este mismo trabajo se diferencia la dilatación bronquial secundaria a enfermedad pulmonar obstructiva de la verdadera traqueobroncomegalia, ya que en la primera se puede apreciar un aumento del calibre traqueal, nunca superior al 15 % del diámetro normal.

La asociación de traqueobroncomegalia a traqueomalacia y diverticulosis traqueal ha sido repetidamente observada en otros casos publicados^{2,4,5}.

El tratamiento de la traqueobroncomegalia es médico, con drenaje postural y antibióticoterapia en las infecciones⁶, aunque se han intentado tratamientos de corrección quirúrgicos con buenos resultados⁷.

BIBLIOGRAFIA

1. Mounier-Kuhn P. Dilatation de la trachée, constatations radiographiques et bronchoscopiques. *Lyon Med* 1932; 150: 106-109.
2. Katz L, Levine M, Herman P. Tracheobronchiomegaly, The Mounier-Kuhn syndrome. *AJR* 1962; 88: 1084-1094.
3. Morente Campos J, de la Higuera M, Torres-Puchol J. Traqueobroncomegalia primitiva. *Rev. Clin Esp* 1973; 131: 501-504.
4. Johnston RF, Green RT. Tracheobronchiomegaly. Report of five cases and demonstration of familial occurrence. *Rev Respir Dis* 1965; 91: 35-50.
5. Rodríguez Cuartero A, Peláez Redondo J. Traqueobroncomegalia: comentarios sobre una observación. *Rev. Clin Esp* 1974; 132: 273-278.
6. Serrano Muñoz F, Villamor J, Alix Trueba A, Cueto A, Borro JM. Traqueomegalia. Tratamiento quirúrgico. Presentación de dos casos. *Arch Bronconeumol* 1977; 13: 203-205.
7. Vidal Carreira JJ, Rodríguez Suarez JR, Salgueiro Rodríguez MA, Alvarez Calderón P, Sanjurjo de la Fuente P. Manifestaciones poco comunes de un caso de traqueobroncomegalia. *Radiología (Madr)* 1981; 23: 415-418.
8. Villamor J, Martínez-Almazora A, Sueiro A, Ortiz-Vázquez J, Serrano JA. Traqueobroncomegalia: método de diagnóstico y aportación de cinco casos. *Arch Bronconeumol* 1975; 11: 97-103.